

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 65

Travail du Laboratoire de Médecine Coloniale (Prof. H. BONNIN)

BUBON CLIMATIQUE

et

Lymphogranulomatose Inguinale Bénigne

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Fernand-François-Pierre GILBIN

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Ouessant (Finistère), le 8 Novembre 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. BONNIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		LEURET, professeur.....	<i>Juges</i>
		DAMADE, agrège.....	
		FABRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6. Place Fernand-Lafargue

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933 — N° 65

Travail du Laboratoire de Médecine Coloniale (Prof. H. BONNIN)

BUBON CLIMATIQUE

et

Lymphogranulomatose Inguinale Bénigne

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Fernand-François-Pierre GILBIN

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Ouessant (Finistère), le 8 Novembre 1907

Examineurs de la Thèse	{	MM. BONNIN, professeur	<i>Président.</i>
		LEURET, professeur	<i>Juges</i>
		DAMADE, agrégé	
		FABRE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE BRUSAU FRÈRES

6, Place Fernand-Lafargue

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. cotonale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIE.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE

Sa vie, faite de sacrifices, restera pour nous le plus beau des exemples. Que ce modeste travail soit pour elle le faible témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre tendresse infinie.

A MON PERE

Humble témoignage de vive gratitude et de grande affection.

A MA FIANÇÉE

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX



A MES JUGES

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes Coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. BONNIN

*Professeur de Médecine Coloniale et de Clinique des maladies exotiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction Publique.*

Nous sommes heureux de pouvoir lui
exprimer ici toute notre gratitude.

Nous lui devons l'idée de cette thèse.

Pendant l'élaboration de ce travail, il ne
nous a ménagé ni son temps ni ses con-
seils.

Qu'il veuille bien trouver ici un modeste
hommage de notre vive reconnaissance.

Bubon Climatique et Lymphogranulomatose Inguinale Bénigne

INTRODUCTION

Elève de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies, nous avons entrepris de rechercher, sous l'inspiration de M. le professeur Bonnin, la part des médecins de la Marine et des Colonies, français et étrangers, dans l'histoire clinique et épidémiologique de la maladie décrite par eux, dans les régions tropicales et dans toutes les langues, sous le nom de *Bubon climatique*. Si, comme on peut le présumer à priori, *Bubon climatique* et *Lymphogranulomatose bénigne* sont une même entité morbide, ce syndrome aurait acquis une individualité précise depuis 1913, grâce aux observations et aux recherches savantes des professeurs Nicolas et Favre, qui ont indiqué avec autorité les caractères spécifiques, infectieux et sexuels de l'affection. Aussi, après avoir recueilli et dépouillé les observations de bubons climatiques de la littérature médicale française antérieure à 1913 et ceux de la littérature étrangère (où cette même appellation est encore presque partout employée), avons-nous essayé de reconstituer le tableau clinique anatomo-pathologique et étiologique de la

maladie tel qu'il était compris par ceux qui ne connaissaient pas la maladie de Nicolas et Favre.

Ainsi, avons-nous une description du Bubon climatique et de ses formes telle que l'ont vu les médecins exerçant en pays chauds, où la maladie était seulement observée jusqu'à nos jours. Puis, problème plus difficile, il faut le reconnaître, en raison de la précision variable des relations cliniques, de l'absence de tests biologique, étiologique ou épidémiologique, nous avons recherché dans quelle mesure on pouvait attribuer à des confusions (bubon banal, bubon pesteux, etc...) un plus ou moins grand nombre des bubons climatiques rapportés, sinon observés (car il s'en faut naturellement que tous aient été l'objet de travaux) et dans quelle mesure se superposaient les syndromes Bubon climatique et Lymphogranulomatose inguinale bénigne.

Le lecteur pourra voir que l'allégation si souvent entendue ou lue que le Bubon climatique des médecins coloniaux est un caput mortuum où ils ont réuni tout un groupe d'erreurs de diagnostic : bubon banal, bubon pesteux est une affirmation toute gratuite. Ils ont parfaitement observé une affection avec des caractères cliniques, évolutifs, anatomo-pathologiques et même sur le tard, étiologiques dont la particularité et l'homogénéité les ont frappées.

Dès le début, ils ont, comme on verra, erré en incriminant la malaria comme de coutume en région tropicale, mais ils ont vite reconnu leur erreur et dénoncé l'individualité de la maladie observée; faute de mieux, jusqu'à ce qu'ils soupçonnassent la nature vénérienne (Rost, 1912 ; Müller et Justi, 1911), ils sacrifiaient à l'habitude facile en pays chaud de mettre en cause le climat tropical (*Bubon tropical*).

Cette difficile incursion dans le passé du Bubon tropical, et la confrontation avec les cas observés encore maintenant sous les tropiques nous montrent une seule différence entre les tableaux cliniques des deux syndromes : l'existence en région tropicale de formes aiguës infectieuses, très fébriles,

brèves, non suppurées qu'on n'observe habituellement pas en pays tempéré.

Ce travail est donc surtout un travail de recherche et de reconstitution historique destiné à montrer l'œuvre intelligente et sagace de nos anciens, médecins de la marine et des colonies, dans l'histoire du Lymphogranulome inguinal bénin demeuré à l'état de curiosité exotique, n'intéressant guère les médecins métropolitains tant que leurs relations traitaient du Bubon climatique.

Au cosmopolitisme actuel de la maladie correspond mieux maintenant la dénomination, due aux travaux précis de Nicolas et Favre, encore que si le Bubon ne mérite pas son appellation de *climatique*, on peut dire qu'il est le plus souvent d'origine *tropicale*.

PREMIERE PARTIE

HISTOIRE DU BUBON CLIMATIQUE

En 1879, Bodnar, puis à la même époque, Rueber, signalaient l'apparition dans l'aîne chez des malades atteints de fièvre paludéenne, et sans cause appréciable, d'une adénite qu'ils considéraient comme une complication du paludisme.

Quelques années plus tard, en 1882, Jouet signalait l'existence, en Cochinchine, de Bubons survenant d'emblée sans affection concomittante de la peau.

L'année suivante, Guérin observait six nouveaux cas survenus chez les matelots de l' « Hamelin » en station au Tonkin.

En 1889, Scheube observant l'affection au Japon, l'appelait *Bubon climatique* et en donnait la définition suivante :

« L'affection résulte d'un facteur non découvert qui, indubitablement, a quelques connexions avec les conditions climatiques. »

C'est sous ce nom que nous la retrouvons encore décrite aujourd'hui dans les traités de Pathologie exotique.

Le Bubon tropical est donc connu depuis fort longtemps.

Trousseau, dès 1868, avait déjà, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, signalé son existence. Mais les cas observés par Trousseau chez les originaires de la Réunion et de Maurice passèrent inaperçus, malgré la notoriété de l'auteur.

Rappelons ici ce que disait l'éminent clinicien à la fin de sa clinique sur l'adénie.

« Je ne veux pas oublier de vous dire deux mots d'une affection ganglionnaire que j'ai bien souvent observée chez des *créoles de La Réunion et de Maurice*. Je ne saurais dire, en vérité, si j'ai dû au hasard seulement de ne voir cette forme particulière de l'adenite que sur des *jeunes gens nés dans les deux colonies* dont je viens de parler, tandis que, pas une fois, je n'en ai vu chez des personnes nées dans les Antilles françaises ou anglaises. Dans l'adolescence, et plutôt chez les garçons que chez les filles, nous voyons les ganglions profonds et superficiels des aines se gonfler, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois. Cette maladie vient par paroxysmes durant un, deux, trois mois et séparés par des intervalles qui peuvent être de plusieurs mois. Puis vient un paroxysme plus violent que les autres et quelques-uns des ganglions suppurent. Dans certains cas, la suppuration s'étend à plusieurs ganglions et, successivement, à toute la masse ganglionnaire. Les malades sont condamnés alors à un long séjour au lit et dans la chambre, et la suppuration n'est quelquefois tarie qu'après une année.

« Enfin, dans des circonstances heureusement rares, comme dans un fait dont j'aurai l'occasion de vous parler en traitant des abcès périnéphriques, un chapelet de ganglions suppura depuis l'aine jusqu'aux reins et de vastes abcès se formèrent autour de ce viscère. Vous comprenez, Messieurs, le danger qui peut résulter d'un pareil accident.

« Dans le plus grand nombre de cas qu'il m'a été donné d'observer, la maladie s'est arrêtée vers l'âge de la virilité sans que l'action de la médecine m'ait semblé fort utile. »

Depuis les premières observations de Jouet et Guérin, l'adénite tropicale a été vue un peu partout dans la zone tropicale et pré-tropicale :

Ruge a noté trente cas parmi l'escadre allemande qui a bloqué les côtes de Zanzibar en 1888-1889.

Godding, en 1896, a cité sa fréquence dans la flotte anglaise stationnant sur la côte orientale d'Afrique.

Skinner, en 1897, mentionne quarante-neuf cas survenus dans un régiment et une batterie d'artillerie : vingt-huit à Calcutta, treize à Hong-Kong, quatre en Angleterre, deux à Allabad et deux à Malte.

Fontoynt, en 1907, signale trente-six cas à Tananarive, dont six chez des Européens et trente chez des indigènes.

Brault signale la fréquence du Bubon climatique en Algérie. Tanton et Pigeon, en 1910, en rassemblent deux cent six cas à l'hôpital du Dey, à Alger.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE PATHOLOGIQUE DU BUBON CLIMATIQUE

*(d'après les seuls médecins de la Marine et des Colonies
avant 1913.)*

Distribution géographique

Le Bubon climatique est une affection qui s'observe fréquemment dans les pays tropicaux. Elle a été vue un peu partout dans la zone tropicale et pré-tropicale, où elle semble particulièrement répandue dans les milieux maritimes. L'on a signalé son existence sur la Côte Occidentale d'Afrique (Low), aux Antilles (Corre), au Japon (Scheube), en Chine (Blanc), à Madagascar (Le Dantec, Fontoynt), sur la Côte de Zanzibar (Ruge), au Bengale (Simbson, Skinner), dans l'Uganda (Koch), au Honduras (Barlow), au Chili (Luzzati), au Tonkin (Le Dantec). Il est certain que nous devons ranger parmi les adenites climatiques, les adénites subaiguës simples signalées par Brault, Tanton et Pigeon en Algérie.

Epidémiologie

Il semble que l'affection éclate rarement isolée.

Pour Manson, elle serait épidémique dans certaines régions

et se répandrait alors parmi des individus vivant dans les mêmes conditions d'hygiène.

Pour Tomassoli, de Sienne, elle serait épidémique à certaines époques de l'année; les Bubons seraient plus fréquents pendant les mois de septembre, octobre et novembre.

Chastang, et avec lui tous les médecins de marine, ont remarqué que l'on pouvait rester plusieurs mois sans voir un seul cas de Bubon climatique, mais dès qu'un premier cas apparaissait sur un navire, non seulement on pouvait tenir pour certain qu'on en observerait d'autres sur le même bâtiment, mais, fait plus étrange et plus curieux, que d'autres bâtiments naviguant dans les parages plus ou moins éloignés signaleraient à la même époque des faits semblables.

Age. — Sexe

Le Bubon climatique est une affection de l'adulte. Les auteurs sont unanimes à reconnaître n'en avoir jamais observé chez les enfants.

Il paraît d'autre part nettement établi que l'affection frappe presque exclusivement le sexe masculin. Plusieurs médecins ayant une longue pratique aux colonies, et en particulier Douglas Grey, de Pékin, ne possèdent aucune observation relative à une femme. Scheube a cependant observé au Japon, en 1899, un cas d'adénopathie inguinale, suppurée, apparue, semble-t-il, d'emblée chez une femme. Mais c'est là un fait unique et douteux dans la littérature du Bubon climatique.

Profession

Le Bubon climatique a surtout été décrit par les médecins de la marine qui l'ont fréquemment observé dans les équipages des navires. Les chauffeurs et les mécaniciens semblent être

particulièrement atteints. Néanmoins, l'affection a également été décrite par des médecins coloniaux exerçant à terre, tant chez les Européens que chez les indigènes, mais surtout sur les côtes.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE DU BUBON CLIMATIQUE

(d'après les relations des médecins de la Marine et des Colonies
avant 1913.)

Nous avons réuni les observations et relations de tous les cas de Bubons climatiques sans présumer de leur identité. Les premiers Bubons d'emblée qui ont frappé l'observation des médecins de la marine ont d'abord été attribués à la malaria.

Ainsi, l'une des premières observations que l'on connaisse du Bubon inguinal d'emblée, due à Rueber, en 1879, est celle d'un berger de 19 ans atteint de fièvre tierce, chez lequel, après le premier accès, l'on vit apparaître un Bubon du côté droit qui rétrocéda avec la disparition de la fièvre. (*Bubo malaricus*.)

Lesueur-Florent trace des « adénites d'apparence palustre » qu'il a observées à Madagascar en 1896, un tableau qui rappelle beaucoup par l'évolution de l'adénite le cas signalé quinze ans auparavant par Rueber. Nous reproduisons ici l'observation d'un de ses malades :

« Le M..., matelot coq, quinze mois de présence à bord, treize dans la zone inter-tropicale, douze à Madagascar. Anémie; pas d'accès paludéens antérieurs. Se fait porter malade pour une grosseur qui lui est survenue la veille dans l'aîne gauche : Adénite curale procurant un peu de gêne seulement, pas d'inflammation, rien aux membres inférieurs, rien aux organes génitaux. Un peu d'embarras gastrique. Traitement : Ipéca, pommage mercurielle, compression, repos.

« Le soir, accès de fièvre (39° 2). Le lendemain à la visite, je constate une augmentation de volume du Bubon, qui a la grosseur d'une noix; pas de trace d'inflammation. La quinine est prescrite, ainsi que la poudre de quinquina. Le malade a encore deux légers accès de fièvre. L'adénite diminue assez rapidement. »

Même tableau encore que celui que nous a laissé Segar (1886) des « adénites palustres » qu'il eut l'occasion d'observer à Tamatave parmi l'équipage de la « Creuse » en campagne sur les côtes de Madagascar.

Dans une thèse de Bordeaux (1886-1887), inspirée par le professeur Morache : *L'adénite inguinale d'emblée dans les pays chauds*, Guérin nous donne, des Bubons inguinaux qu'il a observés au Tonkin, une description qui s'éloigne beaucoup, comme nous allons le voir, de celle des « adénites à apparence palustre » de Rueber, Lesueur-Florent et Segar.

« Localement, écrit-il, le ganglion gonfle rapidement, la peau rougit, puis perd sa couleur pour prendre une teinte violacée; elle est tendue, luisante, empâtée par un commencement d'œdème.

« La suppuration est inévitable. Elle peut arriver rapidement dans les cas aigus. Le décollement des téguments est presque certain, malgré une prompt intervention.

« L'état général subit le contre-coup des accidents locaux. Un léger frisson peut se faire sentir au début; la fièvre, la céphalalgie sont en proportion avec l'acuité de l'adénite. »

La durée de l'affection varie de dix à quinze jours. Dans un seul cas sur cinq observations, l'adénite était bilatérale.

Nous reproduisons l'une de ses observations :

« Adénite inguinale sans cause appréciable. Suppuration; incision; guérison. Durée : quarante jours.

« Laugier (Marius), distributeur, 27 ans.

« A eu plusieurs fois des accès de fièvre intermittente. Un peu d'anémie. Vient à la visite le 29 octobre 1883 pour une tumeur du volume d'une grosse noix, siégeant au milieu de l'aîne droite, rouge, molle, fluctuante, occasionnant de la douleur qui se propage à toute la région et à la cuisse. A vu cette tumeur s'établir progressivement il y a six jours. Léger embarras gastrique. Rien à noter du côté des téguments, soit des parties génitales, soit de la région anale, soit du membre inférieur correspondant.

« Fièvre depuis quatre ou cinq jours, tous les soirs.

« Pâte de Vienne sur l'adénite. On fend l'escharre au bistouri. Ecoulement abondant de pus fétide, jaune. Pansement à l'alcool camphré.

31. On craint le décollement de la plaie.

3. Le décollement est établi. L'on remplace l'alcool camphré par l'onguent de Styrax.

9. La plaie s'améliore.

10. Le malade est débarqué à Saïgon et transporté à l'hôpital.

« Traitement à l'hôpital : Pansement à l'iodoforme.

« Le 2 décembre, le malade, guéri, peut reprendre son service. »

Blanc (1896) signale la fréquence des « adénites sans causes apparentes » en Chine. Il fait remarquer que, fort souvent, dans les cas qu'il a observés, en même temps que les ganglions inguinaux, ceux du groupe crural et iliaque étaient atteints. Plus rarement il a rencontré des adénites axillaires apparaissant également d'emblée. Il ne semble pas que tous les Bubons

qu'il a observés aient évolué, comme dans les cas de Guérin, vers la suppuration, car, parlant des symptômes généraux qui accompagnaient ces adénites, il nous dit « qu'ils étaient nuls, sauf un peu de fièvre dans les cas où il se formait un abcès. »

Le terme de *Bubon climatique* donné par Scheube au *Bubon d'emblée*, en 1899, est retenu par Manson (1908) dans son traité des Maladies des pays chauds. Nous lui emprunterons la description de l'affection telle qu'il l'a observée :

« La maladie débute généralement par de la fièvre a type rémittent accompagnée d'un gonflement inflammatoire, ordinairement d'un caractère subaigu, des ganglions inguinaux. Les ganglions obliques sont les plus fréquemment affectés, mais parfois la maladie a pour siège les ganglions cruraux. Quelquefois les deux aines sont atteintes, quelquefois une seule, et quelquefois l'une après l'autre. Les ganglions engorgés atteignent plus ou moins rapidement le volume d'un œuf de poule, ou même davantage. Au bout de plusieurs semaines et parfois de plusieurs mois, le gonflement disparaît graduellement. Quelquefois le tissu périganglionnaire s'enflamme à son tour, les téguments deviennent adhérents et la suppuration s'ensuit. Si les ganglions suppurés sont largement incisés ou excisés, le malade guérit promptement; mais si l'on n'intervient pas, ou que le traitement ne soit pas assez énergique, il peut se former des trajets fistuleux retardant beaucoup la guérison. »

Dans l'article qu'ils consacrent au « Bubon climatique » dans leur traité des maladies tropicales : *Diagnostic et sémiologie des maladies tropicales*, Wurtz et Thiroux (1905) tracent de l'adénite un tableau à peu près analogue :

« Les tumeurs ganglionnaires peuvent s'atrophier à la longue. Leur formation s'accompagne de fièvre rémittente. Les Bubons peuvent persister pendant des semaines et même des mois et disparaître lentement. Il peut aussi survenir de la suppuration

qui, si elle est abandonnée à elle-même, donne lieu à des trajets fistuleux et à un écoulement de pus intarissable ou à une lymphangite grave. »

Castellani (1908) nous dit que les ganglions sont dans la plupart des cas non suppurés; que la durée de la maladie atteint rarement quelques mois :

« La ponction retirera seulement un peu de liquide glandulaire, parfois teinté de sang, mais sans pus », écrit-il. Puis, un peu plus loin :

« La durée de la maladie varie de quelques jours à quelques semaines, atteignant rarement quelques mois. »

Se basant sur l'évolution de l'affection, il décrit au Bubon climatique trois formes : une forme aiguë, subaiguë et chronique.

Dans la forme aiguë, la fièvre est forte, la douleur intense. La terminaison se fait par résolution en cinq à dix jours. C'est la forme la plus fréquente. Dans la forme aiguë et chronique, durant de quelques semaines à quelques mois, les prodromes sont insidieux et la fièvre absente. Dans certains cas, le tissu périglandulaire s'enflamme, la suppuration survient et des trajets fistuleux se développent.

Même tableau que celui que nous donne Cassone (1915) :

« La tendance à la suppuration est faible, écrit-il. Elle dépend, ainsi que l'a vu Rost, des conditions régionales ou épidémiologiques. »

L'auteur italien distingue lui aussi trois formes au Bubon climatique :

« 1° Une forme aiguë, à fièvre élevée, à adénite notable, à douleurs spontanées marquées qui durent à l'état aigu deux à trois semaines; puis les glandes reviennent lentement à l'état normal.

« 2° Une forme subaiguë à début lent, à fièvre peu élevée avec peu de douleur inguinale. La durée varie de quelques semaines à deux et trois mois.

« 3° Une forme chronique, rare, à début peu douloureux, à longue durée. Cette forme peut être apyrétique et peut présenter de la péri-adénite, une suppuration avec formation de trajets fistuleux. »

Le Dantec (1908) note le peu de tendance à la suppuration du Bubon climatique. Il distingue à l'affection deux formes : une « forme adénomateuse » et une « forme suppurée », l'une et l'autre pouvant s'accompagner d'un état fébrile modéré que l'on aurait tendance à prendre pour une fièvre palustre.

Grall (1913) donne comme type d'observation du Bubon climatique le cas observé par Simond chez un détenu européen de la prison de Saïgon. Il illustre assez bien la description que donnent de l'affection Castellani et Cassone pour que nous croyions devoir la résumer ici :

« Détenu européen, âgé de 30 ans, d'apparence robuste. A ressenti, le matin au réveil, un malaise général : fièvre, céphalalgie, nausées, faiblesse. Inappétence. Fièvre assez forte (39°) à l'aisselle. Au pli de l'aîne droit siège un Bubon de la dimension d'un œuf de pigeon, non douloureux spontanément, mais sensible à la pression. Aucune lésion susceptible d'expliquer l'inflammation de ce ganglion n'existe, ni au niveau des organes génitaux, ni sur la peau du membre. La température s'abaisse d'un degré le matin et remonte d'un degré environ dans la soirée. Il n'existe ni infiltration de voisinage, ni coloration anormale de la peau. Le quatrième jour, la température tombe à 37°. Le Bubon a diminué de volume et n'est presque plus douloureux à la pression. Convalescence rapide. Résorption complète le dixième jour. »

Une dizaine de détenus étaient atteints à la fois. Tous ont guéri en peu de jour. Ni le suc du Bubon, ni le sangensemencés n'ont fourni aucune culture microbienne.

Lop (1907), observant à l'hôpital de Marseille une variété

d'adénite inguinale d'origine exotique apparue sans cause apparente chez des marins débarquant tous directement des Indes Néerlandaises, était frappé de la répercussion sur l'état général de ces adénites en apparences bénignes, puisque la plus volumineuse avait la grosseur d'une mandarine.

La fièvre était élevée, la perte des forces considérable. Nous reproduisons ici deux observations qui témoignent de cette altération de l'état général en désaccord avec l'importance de l'adénite que présentaient les malades.

Observation I.

« Marin, 29 ans, taille 1 m. 75, 104 kilos. Début de l'adénite à Colombo. A l'arrivée à Port-Saïd, vingt et un jours après, amaigrissement de huit kilos. Malade sans force, sans énergie. A peine si la tumeur a la grosseur d'une mandarine. »

Observation II.

« Capitaine, 37 ans, vigoureux, 1 m. 87. Amaigrissement de neuf kilos en un mois. Fièvre chaque soir. Teint terreux. »

Tous ces Bubons évoluaient vers la suppuration par modification et élimination de bourbillons.

Müller et Justi soulignent la grande tendance à l'extention du Bubon climatique qui peut souvent constituer des grosses tumeurs dans la profondeur le long de l'artère iliaque.

Zur Werth (1903) aurait vu si souvent des poussées articulaires au cours des adénites climatiques qu'il les considère comme ayant des liens étroits avec le rhumatisme.

Shon Halhhide aurait observé à Surinam un Bubon idiopathique et où l'adénite s'accompagnait fréquemment de symptômes péritonéaux.

Tout dernièrement, Duff, en Afrique (Côte d'Ivoire) a signalé un cas d'adénite climatérique suivi de purpura : L'auteur pense qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence.

Résumé des symptômes

(Autant qu'on peut grouper sous une même individualité les faits rapportés ci-dessus pour lesquels on n'a de certitude ni de clinique, ni de laboratoire.)

Localisation

Le Bubon climatique est une affection du système lymphatique, une adénie, apparaissant sans cause appréciable et n'atteignant le plus souvent que le territoire des ganglions inguinaux et iliaques, mais capable de généralisation à tout le système lymphatique (cas de Segar) et pouvant également présenter d'autres localisations que le groupe inguino-iliaque (adénites axillaires de Blanc, Fleischner).

Evolution

L'adénite, constituée, peut présenter deux aspects nettement différents :

1° Elle peut ne jamais présenter la moindre trace d'inflammation et rétrocéder rapidement en quelques jours. Cette forme, qui paraît la plus fréquente, s'accompagne de phénomènes généraux graves : fièvre élevée, douleur intense. (Rueber, Lesueur-Florent, Segar, formes aiguës de Castellani, Cassone, Grall).

2° Une seconde éventualité peut se produire : le tissu, périganglionnaire, s'enflamme et le ganglion suppure avec formation de trajets fistuleux multiples. Cette forme est généralement apyrétique à la période de suppuration. La maladie peut durer de quelques semaines à quelques mois.

Etat général

L'état général est peu ou gravement atteint, l'amaigrissement, la perte des forces pouvant être considérables (cas de Lop).

L'anorexie, l'anémie sont fréquemment notées. Signalons encore pour être assez fréquentes, d'après Werth, les arthralgies.

La fièvre est le plus généralement intermittente, n'apparaissant que par accès, rappelant parfois à s'y méprendre la fièvre palustre.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU BUBON CLIMATIQUE

Les premiers auteurs qui étudièrent le Bubon inguinal d'emblée aux colonies ne nous laissèrent que peu de renseignements sur l'anatomie pathologique de l'adénite.

Guérin nous dit que, dans les cas qu'il a observés, un seul ganglion était pris. Il appartenait aux ganglions superficiels, et c'était toujours un du milieu du groupe.

Malheureusement, le travail que nous a laissé Guérin ne nous renseigne pas sur l'histopathologie de l'adénite, pas plus que sur la bactériologie du pus, dont il ne nous donne que les caractéristiques macroscopiques, sans nous dire s'il était ou non amicrobien.

Après lui quelques auteurs voulurent pousser plus loin leurs investigations et entreprirent des recherches microscopiques sur l'adénite climaterique, mais ils se bornèrent pour la plupart à des recherches bactériologiques, et l'on peut dire que l'on n'est arrivé à des notions précises sur l'histopathologie de l'affection qu'avec les travaux de Wooley, Tanton, Brault, Letulle et, en dernier, Müller et Justi.

Wooley (1907) nous dit que, dans le cas qu'il lui a été donné

d'examiner au point de vue histologique, les ganglions apparaissaient à la section pâles et non congestionnés comme si elles étaient simplement hyperplasiées. Certains ganglions présentaient des zones de nécrose avec peu de tendance au ramollissement, se rapprochant plutôt de l'état caséeux.

D'autres, au contraire, étaient ramollis. L'examen microscopique, après paraffinage et coloration à l'hématoxyline et éosine, montra que la modification la plus importante du tissu glandulaire était une hyperplasie endothéliale avec zones d'exudation fibrino-purulentes et nécrose de conglutination.

La coupe laissait voir en outre des leucocytes polynucléaires, de la fibrine et un nombre considérable de macrophages. A l'intérieur de ces cellules, l'on pouvait voir des débris cellulaires, de forme arrondie et prenant intensément les colorants. Ils étaient surtout nombreux dans les zones de nécrobiose. Leurs dimensions variaient entre 0 y 5 et 1 y 5.

L'auteur s'est demandé quelle pouvait être la nature de ces corps intra-cellulaires et, après examen, les rangea dans la catégorie des substances cellulaires partiellement dégénérées.

2° Les recherches de Tanton et Pigeon (1908) ont porté sur deux cents cas de Bubons inguinaux d'emblée, observés à l'hôpital du Dey, à Alger. Dans tous ces cas, l'aspect macroscopique fut toujours le même.

« Au début, les ganglions enlevés par une intervention précoce, ne présentent qu'une simple hypertrophie par prolifération cellulaire. Ils sont arrondis, assez durs, le tissu en est ferme, la surface de coupe lisse, grisâtre ou blanchâtre, avec des zones congestives violacées montrant bien l'existence de l'élément inflammatoire subaigu. A un stade plus avancé se développent en leur substance de petits foyers purulents, d'abord un seul, central, puis disséminés dans toute la substance ganglionnaire de coloration jaunâtre, gros comme des grains de mil ou de chénevis, isolés au début, confluent par la suite, et qui, lorsqu'ils se sont multipliés dans les régions corticales du ganglion, hérissent sa surface de petites bosselures. Ils se

ramollissent rapidement, prennent l'aspect d'une gelée colloïde, puis se fondent en un pus épais, blanc-jaunâtre, très visqueux, plutineux, non grumeleux qui, à la pression sourd de multiples orifices, sur une tranche de section. Les foyers de suppuration agglomérés créent de véritables cavernules, pouvant occuper parfois toute la masse ganglionnaire dont il ne subsiste alors qu'une coque assez mince. La périadénite, qui englobe et réunit les ganglions, est inflammatoire mais non phlegmoneuse. »

L'examen microscopique qui a porté sur dix-huit de ces ganglions a donné chaque fois des résultats identiques : Épaississement de la paroi des vaisseaux de la corticale (périartérite, périphlébite) et des travées fibreuses intra-ganglionnaires. Le tissu conjonctif est bourré de cellules fixes, la substance folliculaire, infiltrée de cellules migratrices, présente en de nombreux endroits des zones de nécrose correspondant aux foyers de suppuration ganglionnaire. L'examen du pus, prélevé aseptiquement, dans les adénites non fistulisées, a montré la présence d'un microorganisme particulier, que Tanton et Pigeon identifièrent au bacillus fluorescens.

Les recherches de Brault (1909) sont absolument identiques au point de vue histologique à celles de Tanton et Pigeon. Elles ne s'en éloignent qu'au point de vue bactériologique par la présence, dans le pus des ganglions, d'espèces pyogènes, qui, pour Brault, seraient responsables de l'inflammation. Dans l'étude macroscopique des ganglions, Brault est surtout frappé des dimensions des lymphatiques afférents.

« Les ganglions atteints sont d'un rouge foncé, gros, friables, englobés dans une gangue celluleuse souvent épaissie; les lymphatiques qui s'y rendent sont durs et très fortement dilatés, parfois presque du volume d'une plume d'oie. On dirait des artères. »

L'examen de Letulle et Nattan-Larrier (1910) a porté sur un cas d'adénite inguinale chez un jeune Américain de Costa-Rica.

Sur les coupes, le tissu ganglionnaire était parsemé « d'îlots ramollis, puriformes, mais non franchement abcédés. »

Voici, résumées, les constatations histopathologiques relevées par ces auteurs :

1° Ce qui frappe, tout d'abord, ce sont les bouleversements topographiques partiels des follicules lymphatiques conglomérés, qui semblent s'être confondus en de vastes placards de tissu réticulé en désordre.

2° Dans ces placards de lésions diffuses, toute trace de follicule est devenue méconnaissable. Dans les mailles du tissu réticulé encore net, on découvre une proportion excessive de plasmazelles volumineuses disposées sous deux aspects, tantôt en amas nodulaires irréguliers et inégaux, tantôt en nappes diffuses..

3° Une lésion fort nette et retrouvée souvent dans ces placards d'inflammation diffuse du tissu réticulé est la formation d'îlots de nécrose.

4° Les vaisseaux sanguins sont distendus. Leur endothélium est plus épais. La paroi connective du vaisseau est plus massive qu'à l'état normal. De nombreux leucocytes remplissent les lumières vasculaires.

5° Quelques figures de granulations englobées dans les protoplasmas cellulaires sont apparues à maintes reprises et ont attiré l'attention des auteurs.

Mueller et Justi (1914) retrouvèrent à la coupe des ganglions qu'ils ont examiné, au point de vue macroscopique, les mêmes zones de nécrose que les auteurs précités, et à l'intérieur de ces foyers, rappelant la caséification tuberculeuse, des multiples petits abcès...

« Jamais, dit-il, on ne trouve de grosses collections formées par le ramollissement d'une grosse partie ou de la totalité du ganglion. »

Au point de vue histologique, à côté de lésions banales d'inflammation, l'auteur signale deux faits intéressants à noter pour avoir déjà été mis en relief par d'autres :

C'est, d'une part, la description autour des foyers de nécrose d'éléments cellulaires, — de « cellules en palissade », dit Justi — disposés concentriquement (caractéristique déjà signalée par Woolley, Tanton et Pigeon);

De l'autre, la présence de corps intra-cellulaires, englobés dans le protoplasma de grosses cellules macrophages, et que nous ont déjà appris à connaître Wooley, Letulle et Nattan-Larrier.

Résumé des constatations anatomo-pathologiques

Résumons en quelques lignes les caractéristiques anatomo-pathologiques que nous avons tirées des différentes recherches qui ont été faites dans ce sens sur le Bubon climatique.

Aspect macroscopique :

1° Le ganglion présente à la coupe de petits foyers purulents disséminés dans toute la substance ganglionnaire.

2° Les lymphatiques afférents au ganglion enflammé sont durs, gros, pouvant atteindre le volume d'une plume d'oie (Brault).

Aspect microscopique :

1° Dislocation du tissu ganglionnaire.

2° Plasmazellose diffuse insulaire.

3° Nécrose insulaire du tissu réticulé avec foyers intercalaires de suppuration.

4° Cellules en palissade bordant les foyers de nécrose et de suppuration.

5° Inclusions cellulaires.

6° Congestion vasculaire.

CHAPITRE III

PATHOGENIE DU BUBON CLIMATIQUE

Le Bubon climatique est une affection dont l'origine est toujours restée entourée d'obscurité. On a incriminé la filariosé, la malaria, la tuberculose, la peste, les infections pyogènes ordinaires. On a voulu en faire une sporotrichose. Enfin les derniers auteurs lui ont attribué une origine vénérienne. Voici les différentes hypothèses pathogéniques émises sur la nature de l'adénite tropicale, dans leur ordre chronologique :

Bubon climatique ; manifestation du Paludisme

L'apparition de l'adénite dans les régions où le plus souvent le paludisme régnait à l'état endémique, l'accès de fièvre qui, en pays chauds, accompagne constamment son évolution, rappelant l'accès palustre, incita les premiers observateurs coloniaux à rapprocher les deux affections.

Rueber (1879) considère l'adénite, qu'il a observée chez ce jeune berger de 19 ans, atteint de fièvre tierce, comme une manifestation locale du paludisme, et expliquée, à son avis, par le développement dans le territoire des lymphatiques in-

guinaux des spores d'une variété spéciale du germe alors incriminé dans le paludisme : *bacillus malarie*...

Segar, Lesueur-Florent, Martin, Skinner et Nagel, dans quelques cas seulement, sont de l'avis de Rueber. Dans un article paru dans les *Archives de Médecine Navale et Coloniale* et intitulé : « *Contribution à la Géographie médicale* », Segar (1896) passant en revue les différents appareils atteints par le paludisme, dit notamment : « Pas plus que les autres appareils, le système lymphatique n'échappe aux atteintes du paludisme. J'ai eu à soigner un certain nombre d'adénites qui ne pouvaient être attribuées à d'autres causes. Pas la moindre écorchure, pas de contusion. »

Bubon climatique, manifestation de la peste minor.

Pour Cantlie (1903), le Bubon climatique serait une infection pesteuse locale et l'apparition de l'adénite se ferait ordinairement dans la période précédant l'éclosion de peste. Il s'appuie sur le fait confirmé par Simbson et Cobb à Calcutta, que l'on observerait toujours peu avant une éclosion de peste des bacilles analogues au bacille de Yersin, dans les ganglions des sujets atteints d'adénite tropicale. Luzzati considère les Bubons climatiques comme un signe prémonitoire de la peste et les désigne sous le nom de « parapeste ». Il rapporte neuf cas de Bubons, dits climatériques, quatre sur le cuirassé « *Umbriel* » de la marine italienne et cinq sur le croiseur allemand « *Faucon* », qui se dirigeaient sur le même port, Iquique, où la peste régnait, pour lesquels les caractères ganglionnaires étaient semblables à ceux observés dans la peste larvée à Bombay. Aussi, bien qu'aucune inoculation expérimentale n'ait été faite dans ces cas, et malgré l'absence de toute recherche bactériologique, n'hésite-t-il pas à rapporter cette variété d'adénite à une forme atténuée de la peste. Koch, dans certains cas d'adénite endémique dans l'Ouganda, aurait pu isoler le bacille de Yersin.

Bubon climatique, manifestation de la tuberculose

L'opinion a été soutenue par Batut (1904). Le Bubon climatique serait, à son avis, « une adénite tuberculeuse à allure torpide, malgré l'anorexie et la déchéance organique des malades qui en sont atteints ».

Bubon climatique, infection par inoculation

Werth pense que le Bubon climatique est causé par une infection banale due aux bacilles pyogènes pénétrant dans les tissus par des excoriations de la peau pouvant passer inaperçues, le derme des indigènes des pays chauds étant souvent le siège de lésions microscopiques.

D'après Manson, « très probablement l'adénite dépend de quelque virus qui a été introduit au niveau d'une plaie inaperçue ou d'une piqûre d'insecte sur les membres inférieurs ou les parties génitales. »

Caddy pense que l'adénite peut survenir après l'érysipèle, à la suite de piqûres de moustiques.

Godding a trouvé des érosions superficielles du pénis et des orteils, ce qui le porte à accepter la théorie de l'infection par inoculation.

Bubon climatique, affection sporotrichosique

Legry et Nattan-Larrier (1913) isolent chez un malade atteint d'adénopathie et de suppurations multiples, après un long séjour à la Guyane, un sporotrix et émettent l'hypothèse que le Bubon climatique pourrait être une sporotrichose.

Chastang (1914) doit voir dans le caractère de la suppuration du Bubon climatique un argument en faveur de l'hypothèse de Legry et Nattan-Larrier. Il rapporte deux observations dans lesquelles le caractère de la suppuration rappelait

absolument la couleur, la consistance, l'aspect huileux ou gommeux qui a été décrit comme l'élément fondamental du pus des sporotrichoses et, en particulier, de ce qu'on observe quand on incise un pied de Madura.

Bubon climatique, maladie vénérienne

Pigeon et Tanton (1908), dans un travail sur une variété particulière d'adénite inguinale chez des individus de la région du Tell et portant sur deux cents cas étudiés à l'hôpital du Dey, à Alger, concluent que « *Bacillus fluorescens putridus* ou *liquefacius* » doit être considéré comme l'agent pathogène que « l'infection se fait habituellement par les lésions génitales (chancre), d'où le bacille est transporté plus ou moins lentement par les voies lymphatiques au groupe ganglionnaire inguinal. »

Rost (1912), médecin de la marine allemande, qui a observé sur la Côte d'Afrique, défend l'origine génitale du Bubon climatique « Klimatische Bubonen », faisant valoir qu'il siège d'une façon presque constante dans les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques des organes génitaux, qu'on ne le rencontre ni chez les enfants, ni chez les adultes continents, et il conclut qu'il doit reconnaître pour cause un microorganisme vivant sur la muqueuse vaginale des négresses.

Il rapporte un fait qui établit de façon irréfutable, croit-il, l'importance des rapports sexuels dans l'étiologie du Bubon climatique : A bord du vaisseau-école « La Freya », la maladie n'aurait atteint parmi les membres de l'équipage, qui lors des escales descendaient à terre, que les suspects de rapports sexuels. Les cadets, qui ne quittaient le navire que sous la surveillance de leurs chefs et supportaient de ce fait une continence forcée, restaient indemnes.

Mueller (1914) relève lui aussi parmi ses malades l'existence de coïts infectants précédant l'apparition du Bubon. Trois de ses patients avaient contracté leur maladie à Batavia, « Un

Zwar Selben Bordell ! », deux autre à Singapoor, un autre à Macao, un dernier à Shanghai. Or, fait capital, trois de ses observations notent un accident de petite taille qui siégeait deux fois à la face interne du prépuce et une fois près du frein. Hanschell, major de la marine anglaise, et avec lui tous les auteurs anglais, partagent aujourd'hui l'opinion des auteurs allemands sur la pathogénie du Bubon climatique.

Comme Mueller, il a observé l'apparition, chez deux de ses malades atteints de Bubon climatique (*climatic bubo*), de lésions superficielles dans le sillon balano préputial, trois à quatre semaines après un coït infectant. Il a, d'autre part, été frappé par la rareté de l'affection chez les Indiens mahométans, où la circoncision constitue un acte rituel de pratique courante. L'origine vénérienne du Bubon climatique est donc la dernière venue et la plus volontiers acceptée.

Disons cependant que, tout en considérant comme la plus fréquente l'origine vénérienne, un grand nombre d'auteurs et parmi ceux-ci, Hanschell, admettent des contaminations non vénériennes dans le territoire des ganglions inguinaux.

Influences climatiques

On a voulu faire jouer un grand rôle au climat dans la genèse du Bubon climatique : Certains auteurs comme Scheube, Lop, Fontoyront, veulent faire des influences climatiques le facteur étiologique de cette variété d'adénites, les caractères cliniques et l'examen bactériologique ne justifiant pas à leur avis l'hypothèse d'une cause spécifique dans les cas qu'ils ont observés.

Parmi ceux qui reconnaissent à l'affection une cause déterminante, beaucoup se refusent à nier systématiquement le rôle du climat.

Phlen, tout en se rangeant en partie à l'avis de Manson et Werth, ne peut s'empêcher tout de même, dit-il, de reconnaître l'influence du climat.

Pigeon et Tanton reconnaissent que, pour s'exercer, leur bacille fluorescens demande des conditions qui ne peuvent être réalisées que sous les climats tropicaux : Ces conditions, en dehors de l'état de congestion de la peau pendant l'été, des lésions telles que l'intertrigo, sont réalisées par un affaiblissement de l'état général qui est fonction de la chaleur.

Hanschell, tout en défendant l'origine vénérienne du Bubon climatique, montre que la maladie est trois fois plus fréquente parmi les officiers mécaniciens et l'attribue au travail dans une atmosphère chaude et humide.

« Quelle que soit la cause de l'adénite climatique, écrit Brodier, infection pyogène ordinaire ou spéciale, infection pesteuse, le climat, qui a une action manifeste sur le système lymphatique, imprime souvent des caractères spéciaux aux inflammations ganglionnaires, même s'il n'est pas le facteur principal de l'adénite. »

Godding ne fait pas sienne dans tous les cas la théorie de l'infection par inoculation et il avoue n'avoir le plus souvent pu trouver la cause de l'affection. Aussi pense-t-il que les efforts joints à un climat déprimant peuvent devenir un facteur suffisant.

Corre n'a-t-il pas signalé aux Antilles chez les Créoles une adénite inguinale survenant après coït, sans gonocoque et sans excoriation ?

TROISIEME PARTIE

BUBON CLIMATIQUE et LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE BENIGNE

En 1913, Nicolas et Favre ont décrit en France sous le nom de *Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers multiples intra-ganglionnaires*, une affection caractérisée par une ulcération génitale suivie d'une adénopathie ganglionnaire de l'aîne avec périadénite et fistules multiples interminables. Entrevu par Hunter et William Wallace à la fin du xviii^e siècle, ce syndrome ganglionnaire, plus ou moins bien observé, mais mal individualisé avant eux, se reconnaît à bien des traits dans les cliniques de Trousseau, dans les écrits de Chassaignac et de Velpeau, de Rollet, dans les travaux de Nelaton et de son élève L'Hardy, et dans le mémoire de Marion et Gaudy (adénites subaiguës de l'aîne à foyers purulents intra-ganglionnaires prétendues simples).

L'analogie clinique de l'adénite observée avant 1913 et de celle si fréquemment rencontrée dans les pays chauds sous le nom de Bubon climatique n'avait pas échappé à ces premiers auteurs, et bien avant que Nicolas et Favre identifias-

sent les deux syndromes, Brault écrivait dès 1907 : « Qu'il ne saurait faire de différence entre les Bubons climatériques des auteurs anglais et allemands, et les adénopathies subaiguës de l'aine, telles que celles qui furent décrites par Nelaton dans la *Presse Médicale* de 1889 et dans la thèse de son élève L'Hardy en 1895. »

Mais ce n'était là qu'une hypothèse que ne justifiait qu'une ressemblance clinique, et ce n'est que d'après les travaux de Rost, Mueller et Justi sur le Bubon climatique (1914) que l'Ecole lyonnaise montra pour la première fois l'identité des deux affections dans la thèse inaugurale de Phylactos (1922). Ses conclusions sont nettes :

« Même aspect clinique, semblable évolution, lésions anatomo-pathologiques macroscopiques et microscopiques, conditions étiologiques rigoureusement semblables; tout est superposable d'une affection à l'autre. »

*
**

Les premières observations des médecins coloniaux ont laissé penser que ceux-ci groupaient sous ce terme toutes les adénopathies dont la pathogénie leur échappait et pour lesquelles, ne trouvant aucune cause satisfaisante, ils rendaient le climat responsable faut de mieux.

Blanchard et Toullec ont montré combien est complexe la pathogénie des adénopathies exotiques, et on le comprendra sans peine si l'on songe que le système lymphatique, dont le rôle bactériopexique est bien connu aujourd'hui, acquiert dans les pays tropicaux une sensibilité particulière : c'est dire que le ganglion est l'habituel réservoir de virus aux colonies et qu'il devient souvent délicat de faire la discrimination de ce qui revient à tel ou tel groupement étiologique.

Si l'on songe, d'autre part, aux faibles moyens d'investigation dont usaient les premiers médecins coloniaux, on ne s'étonne pas qu'ils aient pu poser des diagnostics incertains

et grouper dans un même syndrome des adénites, de nature différente.

Dès lors, on comprendra qu'il est impossible d'établir un parallèle entre le Bubon climatique et l'affection que décrivent en 1913 Nicolas et Favre, avant d'avoir fait dans le domaine des adénites tropicales la discrimination de ce qui revient au *Bubon climatique* proprement dit.

CHAPITRE PREMIER

Y A-T-IL EU DANS LES BUBONS CLIMATIQUES DES ADENOPATHIES DIFFERANT PAR LEUR NATURE DE LA LYMPHOGRANULOMATOSE IN- GUINALE BENIGNE ?

A). — Le Bubon inguinal consécutif à une inoculation septique de la peau

Quelques adénopathies inguinales d'origine septique banale ont probablement été étiquetées Bubon climatique. La plus grande fréquence de ces adénites aux colonies et de leur siège inguinal, les membres inférieurs étant le plus souvent traumatisés, le fait supposer.

La plaie peut passer inaperçue et l'adénite paraît exister d'emblée : « Ce sont là des constatations banales aux colonies, écrivent Blanchard et Toullec, où la peau des européens et des indigènes est particulièrement surmenée et lésée sous l'influence de causes multiples et répétées. » Nous avons vu que c'était également l'avis de Werth, Caddy, Manson, Godding, et il n'est pas douteux qu'un certain nombre des adénites

qu'observèrent ces auteurs étaient dues à des inoculations septiques de la peau par des pyogènes banaux.

Parmi les causes multiples susceptibles d'entraîner des lésions infimes, microscopiques, souvent de l'épiderme aux colonies, il faut citer la chaleur humide qui entraîne une sudation exagérée et la macération de la peau, les piquûres d'insectes : moustiques, puces, chiques, simulies, etc...

Les recherches bactériologiques ont souvent plaidé en faveur de l'inoculation septique dans de nombreux cas de bubons dits climatiques. Il n'est pas rare de voir signalé dans les observations de bubons climatiques la présence dans le pus, d'agents pyogènes banaux, tels que streptocoques et staphylocoques (Hewlett, Caddy, Fleishner, Le Chuiton).

B. — Bubon pesteux.

La peste est une maladie essentiellement lymphatique. Si généralement le bubon apparaît accompagné d'une symptomatologie bruyante qui ne laisse aucun doute sur sa nature, il ne faut pas oublier que le syndrome ganglionnaire pesteux ne se réduit pas toujours à ces réactions aiguës et qu'il comporte également des formes latentes dans lesquelles le ganglion n'a pas de réactions générales tout en étant dû au bacille de Yersin.

Lorsque le bubon évolue vers la suppuration, ce qui est le cas le plus fréquent, le pus ne renferme bien souvent que des germes de suppuration banale, le bacille de Yersin ayant disparu à ce stade.

On comprend dès lors qu'il est bien souvent délicat de faire la discrimination de ce qui revient à la peste ou à une autre maladie : Elle ne peut se faire qu'après un examen histologique et en se basant sur la notion d'épidémiologie.

Müller et Justi, qui se sont livrés à un examen histologique du bubon climatique, comparent les lésions, dans les cas qu'ils ont observés à celles qui caractérisent les adénites pesteuses et déclarent qu'il n'y a aucune ressemblance.

Néanmoins, dans l'histoire du bubon climatique plusieurs faits plaident en faveur de l'origine pesteuse probable de certains bubons tropicaux, et tout d'abord la notion d'épidémiologie qui caractérise si souvent l'apparition du bubon.

Le caractère épidémique de l'affection a été, nous l'avons vu, noté par un grand nombre d'auteurs parmi lesquels Tomassi, Chastang, Grall et Manson. Ce dernier, se basant sur l'épidémiologie du bubon climatique, en avait fait une maladie dont le virus serait transmis par des piqures d'insectes.

La fréquence de l'affection en pays pestueux n'a pas échappé à un grand nombre d'observateurs : Cobb et Simbson ont remarqué que l'on observait souvent l'apparition du bubon dans la période précédant l'éclosion de la peste.

Il est arrivé à Wurtz de ramasser en pays pestueux des indigènes porteurs de lourds bagages, présentant une adénite inguinale douloureuse avec une température élevée et un état adynamique inquiétant.

Il est permis, dès lors, de supposer que certains cas de bubons climatiques, par leur caractère épidémique, par leur fréquence dans les régions pestiférées, étaient probablement, et bien qu'aucun examen histologique nait été fait dans ces cas, des bubons pestueux.

Si, généralement, les recherches bactériologiques qui ont été faites dans le but de dépister le bacille de Yersin sont restées négatives, — ce qui n'est pas fait pour nous étonner outre mesure, le bacille de Yersin étant difficilement décelable dans le pus des bubons pestueux ouverts — il faut reconnaître que l'on est arrivé à l'isoler dans certains cas d'adénites dites endémiques aux colonies (recherches de Koch dans l'Uganda).

C. — Bubons mycosiques.

Nous avons vu que Legry et Nattan-Larrier, en 1913, avaient isolé chez un malade atteint, après un long séjour à la Guyane, d'adénopathie et de suppurations multiples, un sporo-

thrix, d'où ils concluaient à la nature sporotrichosique du bubon climatique.

Il peut paraître, en effet, et Chastang nous le fait remarquer, que certains bubons dits climatiques, par l'étiologie qui les entoure, par le caractère de la suppuration, reconnaissent peut-être, la même étiologie mycosique que le pied de Madura.

Chastang remarque que les bubons climatiques éclatent, au Japon, surtout aux saisons de transition (septembre et octobre) : « C'est l'époque où, au Japon comme sous les tropiques, écrit-il, il faut surveiller ses vêtements et ses chaussures, qui se couvrent de moisissures en quelques heures, celle où dans les laboratoires on doit éviter de laisser trop longtemps les préparations à l'air, si l'on ne veut pas risquer de les voir envahir par les éléments myceliens. »

À cette même époque, au contraire, le climat de Canton est très sec. Or, les deux seuls canonniers de la flotille d'Orient qui y ont leur stationnement, sont les seuls à ne pas enregistrer à cette époque des cas de bubons climatiques.

Nous ne reviendrons pas sur les caractères de la suppuration de ces bubons ressemblant, selon Chastang, au pus mycosique.

Mais il n'existe aucune preuve scientifique de cette étiologie mycosique, au demeurant rare en pathologie générale ganglionnaire.

D. — Bubons tuberculeux.

Des auteurs ont pensé que certains bubons tropicaux étaient étiquetés à tort bubons climatiques et que l'on devait voir dans beaucoup d'entre eux, une manifestation de la tuberculose.

Pour Batut le bubon climatique serait « une adénite tuberculeuse à l'allure torpide, malgré l'anorexie et la déchéance organique des malades qui en sont atteints. » Il appuie son hypothèse sur le fait que les bubons, dans les cas qu'il a obser-

vés, ne guérissaient pas spontanément, exigeaient le rapatriement immédiat et l'énucleation totale après le rapatriement. L'action bienfaisante du climat s'unirait alors à celle de l'intervention chirurgicale pour mettre le patient à l'abri d'une récurrence locale, splanchnique ou viscérale.

En rappelant que la tuberculose se localise exceptionnellement aux ganglions inguinaux, il semble que si l'opinion de Batut peut être retenue, elle ne doit être en cause que dans un nombre exceptionnel de cas de bubons climatiques.

Autres adénopathies.

Peut-être quelques adénites chancrelleuses d'emblée et à évolutions subaiguës (mais voici deux modalités exceptionnelles à faire coïncider) ou des tumeurs ganglionnaires ont pu se glisser dans le groupe des bubons climatiques. Mais ce sont là des éventualités pratiquement si rares au regard des si nombreux cas de bubons climatiques rapportés !

Conclusion.

En résumé, aussi difficile que la chose soit, du fait de l'absence de détails cliniques et surtout de précisions bactériologiques, on peut penser qu'un certain nombre de cas de bubons inguinaux banaux ou pesteux (pestis minor, pestis ambulotaria) ont été inclus dans la terminologie bubon climatique.

C'est plus improbable pour les adénites inguinales tuberculeuses ou mycosiques, dont la rareté, même en pays chauds, est très grande.

Finalement, la plus grande partie des cas observés sous le nom de bubon climatique, conserve une individualité clinique et histologique indubitables.

CHAPITRE II

COMPARAISON ENTRE LE BUBON CLIMATIQUE PROPREMENT DIT ET LA LYMPHOGRANULOMATOSE INGUINALE BENIGNE.

Le dépouillement des observations des médecins de la marine et des colonies, parlant dans les relations françaises successivement du bubon malarique, bubon d'emblée, bubon tropical, bubon climatique et dans les relations étrangères de « Climatic bubo » en Angleterre, « Klimatische bubonen » en Allemagne, montre qu'il existe un syndrome ganglionnaire à étiologie bien déterminée impossible à classer dans un groupe étiologique connu et pour lequel doit être retenu le terme de *bubon climatique*, couramment employé dans le langage en médecine tropicale dans tous les pays et dans toutes les langues du monde.

Il est certain que le syndrome observé depuis si longtemps aux colonies présente avec l'affection qu'ont décrit les médecins lyonnais, de grandes analogies, tant cliniques qu'anatomopathologiques.

Cependant tout n'est peut-être pas aussi superposable qu'il semble au premier abord d'une affection à l'autre.

Dissemblances entre les deux syndromes.

a) *Au point de vue pathogénie :*

Blanchard et Toullec écrivent que le syndrome ganglionnaire appelé « *ulcère vénérien adénogène* » par Nicolas et Favre, est « à l'exception de l'érosion génitale » celui décrit sous le nom de bubon climatique.

Il faut reconnaître, en effet, que l'ulcération génitale caractéristique de la Lymphogranulomatose inguinale bénigne, puisque c'est sur elle que repose toute l'origine vénérienne de l'affection, a été rarement rencontrée dans le bubon climatique.

Nous avons vu que les premiers observateurs n'aient systématiquement son existence. Cependant, en 1910, Tanton et Pigeon, en 1912, Rost, en 1913, Müller et Justi, ont signalés l'origine vénérienne et l'ulcération génitale dans le bubon climatique.

b) *Au point de vue symptomatique :*

1° Il existe dans le bubon climatique, dit Chastang (1), une fièvre intermittente, à caractère nettement palustre, accompagnant l'évolution de l'engorgement ganglionnaire qui n'est pas signalée dans la Lymphogranulomatose inguinale bénigne.

2° L'état général dans quelques cas de « bubon climatique » comme dans ceux que rapportent Lop, Batut, semble profondément atteint et l'on peut voir une véritable déchéance de l'organisme, une anémie très accusée, un teint terreux, une perte des forces considérable.

3° La lecture de toutes les observations que l'on nous a

(1) *Archives de Médecine et de Pharm. Navales*, 1922.

laissées du bubon climatique laisse penser que l'adénite est bien plus la manifestation d'une septicémie que d'une maladie locale : Les malades sont fatigués, ils n'ont pas d'appétit. Le soir, ils ont une légère élévation thermique avec quelques frissons, des sueurs nocturnes. (Blanchard, Toullec, Bouffard.)

4° Il semble, enfin, que l'adénite présente, en pays chaud, une évolution différente de celle observée en pays tempéré. L'analyse des faits recueillis ci-dessus, observation de Guérin, Rost, Grall, Castellani, Cassone (ces deux derniers l'enseignent même dans leurs Traités), montrent que quelquefois en pays chaud :

a) L'évolution est très courte (10 jours dans le cas observé par Simond et rapporté par Grall; 10 à 40 jours pour Guérin, quelques semaines au plus pour Castellani).

b) La résorption de l'adénite se fait sans suppuration.

c) La fièvre est très élevée (39° axillaire dans le cas de Simond).

d) Les douleurs locales, spontanées ou provoquées sont vives.

A côté de ces formes à évolution rapide, qui rappellent peu la Lymphogranulomatose inguinale observée en France, les auteurs décrivent les formes seubaiguës et chroniques qui, elles, se rapprochent bien plus de cette dernière comme nous le verrons plus loin lorsque nous étudierons les analogies des deux syndromes.

*
* *

Ces dissemblances impliquent-elles une différence de nature entre le Bubon climatique et la Lymphogranulomatose bénigne ?

Il semble que certaines de ces dissemblances : le caractère pseudo-palustre intermittent de la fièvre, l'anémie, la répercussion sur l'état général que l'on rencontre dans quelques cas de bubons climatiques, ne tiendraient qu'à l'action du

climat tropical, qui, comme l'a fait remarquer Broddier « imprime toujours des caractères spéciaux aux inflammations ganglionnaires, même s'il n'est pas le facteur principal de l'adénite. »

Si le climat n'est pas le facteur principal dans la genèse du bubon climatique, il semblerait bien, et tous les médecins coloniaux pensent ainsi, qu'il imprime à l'évolution de la maladie une physionomie particulière. On lit, en effet, souvent que le bubon climatique apparaît surtout chez des gens fatigués par le climat chaud et humide de la colonie, incapables de se défendre contre l'infection, et dont l'organisme a bien souvent déjà souffert du paludisme.

Evoluant sur un terrain dépourvu de ses moyens de défense, l'affection aura une répercussion beaucoup plus marquée sur l'état général et ainsi s'expliquerait cet anéantissement du malade que l'on voit signalé dans quelques observations de bubon climatique, telles que celles observées par Lop, à Marseille, chez ces marins débarquant des Indes néerlandaises.

Evoluant, d'autre part, bien souvent sur un terrain déjà infecté l'affection peut perdre sa symptomatologie habituelle et l'on a alors un tableau clinique hybride. Ainsi s'expliqueraient dans certains cas cette fièvre à caractère palustre, cette anémie qui ne sont peut-être que la signature d'un paludisme chronique évoluant chez un sujet atteint de bubon climatique.

* * *

L'ulcération génitale, le plus souvent absente dans les observations de bubons climatiques, n'est pas considérée par tous les auteurs comme caractéristique de la Lymphogranulomatose inguinale bénigne. S'il est admis qu'habituellement les rapports sexuels transmettent la maladie de Nicolas et Favre, il semble prouvé que comme pour la syphilis, il existe des contaminations non vénériennes : Weiss et Caïn, Chevalier et Ravaut, De la Portilla (2), ont signalé des cas d'adéno-

(2) *Revue de Médecine de Paris*, 1930.

pathies inguinales où toute idée de contamination vénérienne pouvait être éliminée, chez des jeunes adolescents, et où, cependant, les lésions histologiques étaient celles de la Lymphogranulomatoose bénigne.

A l'inverse de Nicolas, qui considère la Lymphogranulomatoose inguinale bénigne comme une affection cutaneo-muqueuse à affinités ganglionnaires, Ravaut (3) voit dans le syndrome décrit par l'auteur lyonnais une septicémie et l'appelle « *Poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique.* »

D'autre part, Chevallier (4) ne croit pas qu'il faille faire de la suppuration une caractéristique de la Lymphogranulomatoose inguinale bénigne et il pense « qu'il est conforme à tout ce que nous savons de la pathologie, d'admettre des formes bénignes non suppurées de la poradénolymphite. »

Ainsi une plus grande compréhension est donnée au syndrome lymphogranulome inguinal bénin et fait englober dans son cadre des cas ressemblant aux formes sans ulcération génitale, aux formes à allure septicémique, aux formes évolutives rapides sans suppuration, observées si souvent en pays chaud dans le chapitre des bubons climatiques.

Peut-être y a-t-il lieu de faire une réserve quant à l'identité des formes évolutives rapides, non suppurées, à symptomatologie bruyante du bubon climatique — la forme aiguë des auteurs coloniaux ?

Chevallier (5), qui croit pour sa part à l'identité de la maladie de Nicolas et Favre et de la forme chronique suppurative du bubon tropical, pense qu'il faut être moins affirmatif pour la forme d'adénite aiguë non suppurée observée en pays chauds.

Cependant, les travaux récents de Findlay (6) paraissent homologuer toutes ces formes.

La prédominance des formes subaiguës et prolongées obser-

(3) *Presse Médicale*, 27 mai 1922.

(4) *Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 2 avril 1923.

(5) *Revue de Médecine de Paris*, 1930.

(6) *Lancet*, 2 juillet 1932.

vées en Europe provient peut-être pour un certain nombre de cas, du fait que les formes aiguës n'ont pas le temps d'arriver sous les yeux des médecins métropolitains et que le virus importé par les cas subaigus a et conserve peut-être une virulence atténuée. Car on a bien l'impression que la maladie européenne est une maladie importée des pays chauds.

Analopies entre les deux syndromes.

A. — Sexe.

La *Lymphogranulomatose inguinale* ne frappe que les adultes et, parmi ceux-ci, les hommes exclusivement sont atteints.

Nous avons vu que la même remarque a été faite par tous les auteurs qui ont observé le *bubon climatique*. L'unique cas observé par Sheube chez une femme, n'a pas été vu depuis cet auteur.

Frei et Alice Koffel (7), les premiers, ont montré ces dernières années que les cas de pseudo-syphilis ano-rectale que l'on observait chez certaines femmes n'étaient autre qu'une forme de la *Lymphogranulomatose inguinale*.

Von Rosenghoft a observé aux Indes, où le bubon climatique est fréquent, un grand nombre de ces cas de pseudo-syphilis ano-rectale chez des femmes.

Hermann (8) a montré qu'il s'agit dans ces cas d'une forme de l'affection si souvent observée chez l'homme aux colonies.

Il semble donc que *Lymphogranulomatose inguinale* et *Bubon climatique* correspondent à une même manifestation clinique chez la femme : la pseudo syphilis ano-rectale.

B. — Symptomatologie.

Nous avons vu que nous n'avons pas toujours trouvé dans la symptomatologie du bubon climatique une analogie complète avec la *Lymphogranulomatose inguinale* bénigne. Il faut

(7) *Klin. Woch.*, 1928, déc. 2.

(8) *Schiffs u. Trop. Hyg.*, 1929.

tout de même reconnaître que dans le tableau clinique du bubon climatique l'on retrouve les principaux traits qui caractérisent la maladie de Nicolas et Favre : C'est une affection des ganglions inguinaux et des ganglions de la fosse iliaque. Le début est insidieux, se fait généralement avec de la fièvre qui disparaît à la période chronique quand du moins le bubon climatique évolue chroniquement, ce qui n'est pas la règle en pays chaud. Lorsque la suppuration se produit, le ganglion se ramollit par foyers circonscrits et l'ouverture de la collection se fait toujours par des orifices fistuleux multiples qui donnent à la région inguinale l'aspect d'une pomme d'arrosoir.

L'analogie des deux syndromes se poursuit jusque dans leurs complications : L'on sait que M. Favre a signalé en 1914, quatre cas de Lymphogranulomatose inguinale bénigne compliqués de phénomènes pseudo-rhumatismaux. Tout dernièrement le fait a été de nouveau signalé par Alice Koffel (9).

Or, nous savons que pareille constatation avait été faite aux colonies par Zur Werth (1903). Cet auteur a très souvent signalé des poussées de rhumatisme articulaire au cours des adénites climatiques.

C. — Anatomie pathologique.

Sur le terrain de l'histologie, la ressemblance entre les deux syndromes est encore bien plus frappante.

Nous avons vu que tous les auteurs qui ont étudié l'histologie du bubon climatique ont tracé des lésions qu'ils ont rencontrés, un même tableau qui traduit l'uniformité de l'affection au point de vue histologique.

Il suffit de se rapporter à ce que l'on sait de l'histologie de la Lymphogranulomatose inguinale bénigne pour voir combien les deux tableaux sont superposables : La variabilité des lésions microscopiques traduisant le bouleversement du tissu ganglionnaire, la congestion vasculaire, les petits foyers

(9) *Klin. Woch.*, 1927, déc. 24.

de nécrose et de suppuration, bordés de cellules en palissade, la plasmocytose, les inclusions cellulaires ; toutes ces lésions, que nous avons signalées dans le bubon climatique, se retrouvent dans la Lymphogranulomatose inguinale bénigne.

Cette analogie que nous venons de retrouver tout au long de notre parallèle, s'est poursuivie ces dernières années sur le terrain expérimental.

**D. — Nouvelles données expérimentales
sur la Lymphogranulomatose inguinale bénigne
et le Bubon climatique.**

A la fin de 1925, Frei indiquait comme moyen de diagnostic de la Lymphogranulomatose inguinale une intra-dermo réaction pratiquée à l'aide d'un antigène qu'il préparait avec du pus ou du tissu de ganglion lymphogranulomateux.

En 1927, Helmestrom (10) démontrait que la réaction préconisée par Frei comme moyen de diagnostic dans la Lymphogranulomatose inguinale bénigne, pratiquée avec l'antigène lymphogranulomateux, dans des cas de *bubons climatiques*, donnait une réaction positive.

Par contre, la réaction s'est montrée négative avec d'autres antigènes « témoins ».

« Parmi mes malades, deux d'entre eux sont intéressants, les adénites étant apparues après coït à Haïti et aux Iles du Cap-Vert. Ces coïts étaient les seuls auxquels l'apparition de ces bubons puissent être attribués et il y aurait lieu de les placer parmi les bubons climatiques. Or ces deux cas ont présentés une réaction nettement positive, aussi bien avec mes trois extraits qu'avec l'antigène de Frei. »

Frei (11) rapporte un cas analogue. Il s'agissait d'un facteur qui, ayant fait son service militaire au Cameroun, y contracta, en 1907, le dit bubon climatique et qui, à l'époque où on l'exa-

(10) *C. R. Soc. de Biologie*, 1927, oct. 28.

(11) *Klin. Woch.* 1927, oct. 22.

mina (1927), présentait encore des cicatrices dans la région inguinale.

Fischer (12), dit avoir obtenu, lui aussi, une réaction positive avec un antigène lymphogranulomateux dans des cas de bubons provenant de toutes les régions de l'univers (Asie Orientale, Amérique du Sud et Centrale, Afrique) et il conclut « que c'est une preuve de plus qui plaide en faveur de l'identité du Bubon climatique et de la maladie de Nicolas et Favre. »

*
* *

La similitude entre les deux syndromes s'est poursuivie encore plus loin, comme nous allons le voir, sur le terrain expérimental et il semble que l'on soit arrivé à démontrer aujourd'hui que le Bubon climatique et la Lymphogranulomatose inguinale bénigne reconnaissent pour agent causal *un même virus filtrable*.

En 1931, Levaditi, Ravaut et M^{lle} Shoen, à Paris, Hellemestrom, en Suède, ont montré, après une série d'expériences qu'il ne nous appartient pas de décrire dans ce travail, que les ganglions inguinaux des malades atteints de Lymphogranulomatose inguinale, renfermaient un virus filtrable, pathogène pour le singe, la souris, l'homme, non pathogène pour le cobaye, le lapin, le rat.

Ces auteurs sont arrivés à déterminer les propriétés physiques de ce virus qu'ils considèrent comme l'agent spécifique de la maladie de Nicolas et Favre.

Le sérum des malades atteints de Lymphogranulomatose inguinale bénigne posséderait des propriétés virulicides : L'action du virus semble neutralisée par le sérum du malade.

Findlay, en Angleterre, eut l'idée de reprendre les expériences de Levaditi et Ravaut, mais avec des bubons contrac-

(12) *Klin. Woch.*, 1920, Feb. 5.

tés à Singapoore, Calcutta et Bombay. Voici les résultats auxquels il est arrivé (*Lancet*, July, 2, 1932) :

a) Le bubon climatique est dû à un virus filtrant pathogène pour le singe, la souris, le cobaye, non pathogène pour le rat.

b) Le tableau clinique, les lésions histologiques créées par le virus du bubon climatique, chez le singe et la souris, sont superposables au tableau clinique et aux lésions histologiques créées chez ces mêmes espèces animales par le virus lymphogranulomateux.

c) Les propriétés physiques des deux virus semblent identiques.

d) Le sérum des malades atteints de *Lymphogranulomatose inguinale bénigne* possède des propriétés virulicides pour le virus du bubon climatique : L'action du virus climatique est neutralisée par du sérum de lymphogranulomateux.

Ces faits rendent presque certains, dit Findlay, l'identité du bubon climatique et de la Lymphogranulomatose inguinale bénigne.

Le Bubon climatique semble être transmissible au cobaye. Or, Levaditi et Ravaut, et avec eux la majorité des chercheurs, disent que toutes leurs tentatives dans ce sens ont échouées.

Cependant des inoculations positives au cobaye ont été exceptionnellement obtenues par Gay Prieto, en Espagne, Meyers (13), Rosenfeld et Anders, en Allemagne.

(13) *Klin. Woch.*, 1932, Feb. 20.

CONCLUSIONS

1° Sous le nom de bubon climatique, les médecins de la marine et des colonies ont peut-être pu englober des adénites inguinales de nature différente.

2° Le dépouillement des descriptions de bubons climatiques antérieures à 1913, ou étrangères; conduit à un tableau clinique, anatomo-pathologique et étiologique à peu près superposable à celui du lymphogranulomone bénin, décrit en France, en 1913, par Nicolas et Favre.

3° Un nombre assez élevé de formes aiguës à évolution rapide, à caractères infectieux et sans suppuration est propre aux régions tropicales et paraît cependant appartenir à la même maladie.

4° La similitude des lésions histologiques, les coïncidences fréquentes de l'étiologie vénérienne, les recherches expérimentales portant sur l'inoculabilité homologue aux animaux, les propriétés protectrices réciproques des sérums, permettent de penser qu'un même virus est en cause dans le bubon climatique

des médecins de la marine et des colonies de tous pays et dans
la lymphogranulomatose inguinale bénigne ou maladie de Ni-
colas et Favre

VU : BON A IMPRIMER :

Le Président,

H. BONNIN.

VU : *Le Doyen :*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

AVANT 1913.

- BARLOW (N.). — Epidémie climatique bubo. *American Journal of Tropical diseases*, 1914, may, vol. I, n° 2.
- BATUT. — Des adénites tropicales. *Comptes rendus de la Section de Méd. et d'Hyg. colon.*, 1904.
- BERTRAND. — Adénites palustres. *Annales de la Société médico-chirurgicale d'Anvers*, 1900, mai-juin.
- BLANC (E.). — Notes sur certaines adénites sans causes apparentes, observées en Chine (Shanghai), 12 décembre 1895. *La Semaine Médicale*, 1896, p. 56.
- BODNAR (A.). — Ueber Bubo malaricus. *Pester Med. chir. Presse*, 1879.
- BRAULT (J.). — Note à propos des bubons climatériques. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 29 mai 1907, p. 563-565.
- Les bubons climatériques. *Traité des maladies des pays chauds*, 1908.
- Les Bubons dits climatériques. *Gazette des Hôpitaux*, 1909, p. 1111-1115.
- BREINI. — Two cases of climatic Bubo. *Australian Inst. of Trop. Med. Report for the year 1911*.
- BRODDIER (H.). — Adénite climatérique, Bubon climatique dans le Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et P. Delbet, 1909, tome XII, p. 203-207.

- BULLOCH et SCHMORL. — Ueber Lymphdrüsen erkrankung bei epidemischer diphtherie. *Zeiglers Beitr. Path.*, 1894, p. 16.
- CADDY. — Climatic Bubos. *Ind. Med. Gaz.*, 1902, p. 257.
- CANTLIE. — Spread of plague. *Brit. Med. Journal*, 1896, p. 1831.
- A lecture on the spread of plague. *Lancet*, 1897.
- Climatic Bubo and Pestis. *British Med. Journal*, 1903.
- Climatic Bubo from which an organism was cultivated. *British Med. Journal*, 1904, p. 669-670.
- CANTLIE and MAWLETT. — Bacteriology of Climatic Bubo. *British Med. Journal*, 1904, april 23, p. 953-954.
- CANTLIE. — Climatic Bubo, In : *Systemo of Medecine* (Allbut), 8°, London 1907, vol. II, p. 723-728.
- CASSONE (G.). — Il bubbone climatico nella sua sindrome, etiology, anatomia pathologica, e diffusione geografica. *Rivista sistetica e contributo clinico. Malaria e Malattie dei paesi caldi*. Pubblicazione bimestrale, 20 Agosto, Anno VI, Fascicolo IV, p. 193-207, Roma 1915.
- CASTELLANI and LOW. — Climatic bubo in Uganda. *Journal of Trop. Med.*, 1903.
- CASTELLANI. — Climatic bubo in Uganda. *Ref. Mense s. Arch.*, 1905, p. 131.
- CHASTANG (L.). — Quelques remarques au sujet de la nature et de l'origine du bubon climatérique. *Caducée*, 1914, Paris, 2 mai, vol. 14, p. 118-119.
- CLAYTON. — Notes on climatic bubo. *Journ. Trop. Med. Hyg.*, 2 I, 1905.
- Note sul bubbone climatico. *Annali di Med. Navale colon*. Anno XI, 1905, vol. I, Fasc. IV, aprile, Roma.
- COBB (E.), SIMPSON. — Pestis ambulans. *Ind. Med. Gaz.*, nov., 1896.
- DANTE-FERRARO. — Sul cosiddetto « Bubbone climatico ». *Annali di Medicina Navale*. Anno IX, 1903, vol. II, Fasc. IV, ottobre, Roma, p. 344-353.
- FLEISCHNER. — Ueber Klimatische Bubonen. *Archiv für Schiffs und Tropen-Hygiene*, Leipzig, 1909, Band XIII, Heft 15, S. 471-476.

- Sui bubboni climatici. *Annali di Medicina Navale e Coloniale*. Anno XVI, 1910, vol. I, Fasc. II, p. 229-231.
- FONTOYNONT. — Les bubons climatériques. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1907, tome 33, Séance du 8 mai 1907, pages 475-477.
- GABBI (U.). — Sul bubbone climatico in Sicilia. *Riv. Crit. di Clin. Med.*, 1909. Atti del Congresso internazionale di Medicina e Chirurgica di Budapest, 1909.
- GABBI (U.), CARISTO. — Intorno al cosiddetto bubbone climatico. Studi intorno ad alcune malattie trop. della Calabria e Sicilia. Roma, tipografia « Labicana », fasc. I.
- GABBI (M.). — Malattie trop. dell'Italia Mer. e Sicilia. *Messina Principato*. Ed. 1912, II ediz., vol. I.
- GODDING (Ch.). — On non venereal bubo. *British Med. Journal*, 1896.
- Non venereal bubo. *Brit. Med. Journ.*, June 12, 1897, page 1475.
- GRALL (Ch.) et CLARAC (A.). — *Traité de Pathologie Exotique*, tome VI. Maladies parasitaires, Peste, par Simond (P.-L.), Paris 1913, Baillière, éditeur.
- GRAY. — Climatic Bubo. *Australian Medical Gaz.*, 1913, may, 10, vol. 33, n° 19.
- GUÉRIN (L.-E.). — Contribution à l'étude de l'adénite inguinale d'emblée dans les pays chauds, d'après les observations sur le croiseur « Hamelin ». Bordeaux, Th. Méd., 1887-88, n° 84.
- LE DANTEC (A.). — *Précis de Pathologie exotique*. Paris, Doin, 1895, page 668.
- LE SUEUR-FLORENT. — Les adénites d'apparence palustre. *Arch. de Méd. Navale*, 1896, juillet, p. 64-70.
- LE TULLE, NATTAN-LARRIER. — Etude histologique du bubon climatérique. *Bull. de la Société de Path. exotique*, tome III, n° 10, p. 755-759. Séance du 14 décembre 1910.
- LOP. — Adénite inguinale d'origine exotique. Rapport de M. Paul Reynier à la « Société de Chirurgie de Paris »,

- Séance du 16 janvier 1907. *Bulletin de la Soc. de Chirurgie*, t. 33, p. 59-62.
- MANSON (P.). — Maladies des pays chauds. *Manuel de Pathologie exotique*, Paris, 1908.
- MARTIN (L.). — Aertzliche Erfahrungen über die malaria der Tropen. Lacuder, Berlin, 1889, p. 36.
- MUELLER et JUSTI. — Beitrag zur Kenntniss der Klimatischen Bubonen. *Beihefte zum Archiv. für Schiffs- und Tropen hygiene*, Leipzig, 1914, Band 18, Beiheft 8, 32 pages.
- NAGEL (O.). — Klimatische Bubonen. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1898, n° 9, p. 260-261.
- PAUL (G.) et WOOLLEY. — Il bubbone climatico. *Analisi di Medicina Navale*. Anno XIII, 1907, vol. I, Fasc. 5, Roma, p. 886-889.
- PALHA. — Bubo climatico e Suas relações com a peste bubonica. *Med. Contemp.*, 27 X, 1907.
- PHILLIPS. — Two cases of climatic (non venereal) bubo. U. S. Nav., *M. Bull. Wash.*, 1912, VI, p. 402-404.
- PLEHN (A.). — 1° Die Tropischen Hautkrankheiten. *Menses Handbuch der Tropenkrankheiten*, I, 1905.
2° Die pseudogenuinen (sog. « Klimatischen) Bubonen. *Idem.*, 1914, Bd. 2.
- PIGEON et TANTON. — Contribution à l'étude d'une variété particulière d'adénites inguinales. *Archives Générales de Médecine*, 1908, p. 76-125.
- RIFE. — Climatic bubos, in Kusaie Carolines, Islanda. *Journal of Trop. Med.*, 1902, p. 251.
- ROUX. — *Traité pratique des maladies des pays chauds*, t. III, p. 35, 1888.
- ROSENAU (M.-J.) et ANDERSON. — Climatic bubo. *Hand book Prakt. Treatment* (Musser et Kelly), Londres 1911, tome II, p. 710.
- ROST (G.). — Klimatische Bubonen. *Archiv. für Schiffs und Tropen Hygiene*. Leipzig 1912, Band. 16, n° 20. Heft 20, S. 677-699. *The Lancet*, 7 déc., 1912.
- RUEBER (J.). — Ein fall von Bubo malaricus. *Pester Med. chir. Press*, 1879, n° 47.

- RUGE (R.). — Die der Zanzibarküste eigenthümlichen Klimatischen Leistendrüsenzündungen. *Arch. für Derm. und Syphilis*, 1896, tome XXXVI. Fasc. 3, p. 391-411.
- SCHEUBE (B.). — 1° Ueber Klimatische bubonen. *Arch. für Klinischen Medizin*, 1899, vol. 64, p. 182-188.
2° Krankheiten der Warmen Laender. *Die Klimatischen bubonen*, 1903, 4, Auflage 1910.
- SEGAR. — Contribution à la géographie médicale. *Arch. de Méd. Navale et Col.*, 1886, tome 46, p. 5-36.
- SERRA (G.). — Tre casi di « bubbone climatico ». *Annali di Medicina Navale*. Anno XVII, 1911, vol. I. Fasc. 3. Marzo, Roma 1911, p. 272-280.
- SMITH. — Inguinale bubo as a complication of Malaria fever. *New-York Medical Journal*, 1901, 22 juin.
- TRIADO. — Tropical bubo. *Australasian Med. Gaz.*, 1913, May 10, vol. 33, n° 19.
- VADALA e AREZZI. — Su tre casi di bubbone climatico a Mazzara Andrea Atti IV Riunione Soc. it Path. e Sot., 1914, Roma, tip. « Moderna ».
- WOOLEY. — Climatic bubo. *Arch. für Schiffs und Tropen Hygiène*, 1907. Heft 2.
- WURTZ (R.) et THIROUX (A.). — Diagnostic et Séméologie des maladies tropicales, 1905, Paris.
- ZUR WERTH. — Beobachtungen über Klimatische bubonen. *Arch. für Schiff und Tropen Hygiène*. Leipzig 1903. Band VII, S. 63-84. Heft 2.
-

APRES 1913.

- BLANCHARD et TOULLEC. — Les grands syndromes en pathologie exotique.
- BOUFFARD. — La Lymphogranulomatose inguinale subaigue. *Ann. de Méd. et de Ph. colon.*, oct.-nov.-déc. 1926, vol. 24, n° 4, p. 563-567.
- CHASTANG. — Bubon climatique et Lymphogranulomatose subaiguë. *Arch. de Méd. et de Ph. Navale*, 1922, p. 195.

- CHEVALLIER et BARREAU (Pierre). — Adénopathies inguinales vénériennes, non suppurées avec généralisation transitoire à des groupes ganglionnaires (forme non suppurée et extensive de la maladie de Nicolas et Favre). *Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 2 avril 1925, p. 177.
- CHEVALLIER et BERNARD (Jean). — 1° La maladie de Nicolas et Favre (Lymphogranulomatose inguinale subaigue). 2° Bubous climatiques. *Revue de Méd. de Paris*, 10 décembre 1930.
- DUFF. — A case of purpura following climatic Bubo. *West African Med. Jl Lagos*, 1928, janv., vol. 1, n° 3, p. 42.
- FINDLAY. — The relationship of climatic Bubo and lymphogranuloma inguinale. *Lancet*, 1932, july 2, p. 11-13.
- FISCHER (Otto). — Über eine Hautreaktion bei klimatischen Bubonen. *Klin. Woch.*, 1928, feb. 5, vol. 7, n° 6, p. 255-256.
- FREI. — Zur Identität zwischen Lymphogranuloma inguinale und Klimatischen Bubonen. *Klin. Woch.*, 1927, oct. 22, vol. 6, N° 43, pp. 2042-2044.
- FREI et ALICE KOFFEL. — Ulcus vulvæ chronicum elephantiasiticum (éthiomène) und Sogennantes Syphilome anorectal als Folgeerscheinungen der Lymphogranulomatosis inguinalis. *Klin. Woch.*, 1928, déc. 2, vol. 7, n° 49, pp. 2331-2336.
- GATÉ. — Contribution à l'étude de la Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. *Thèse de Lyon*, 1913, 26 juin.
- HANSCHALL. — Observations on Climatic Bubo. *Lancet* 26, Aug. 7, pp. 276-277.
- A note on Climatic Bubo. *British Jl. venereal disease*, July 27, vol. 3, N° 3, p. 244-246.
- HELLERSTRÖM et WASSÉN. — Studien über die Affinität des Lymphogranuloma inguinale virus zu verschiedenen Gewebssystemen beim Affert. *Ztschr. f. Immunitäts f. u. Exper. Therap.*, 1931, vol. 73, N° 1/2, pp. 110-114.
- Weitere Untersuchungen über die Natur des Lymphogranuloma inguinale-virus. *Idem*, pp. 114-117.

- Lésions de méningo-encéphalite chez les singes après inoculation intra-cérébrale de Lymphogranulomatose inguinale bénigne. *VII^e Congrès International de Dermatologie et de Syphylographie*, Copenhague, 5-9 août 1930.
- HELLERSTRØM. — L'intradermo réaction dans la Lymphogranulomatose inguinale bénigne. *C. R. Soc. de Biologie*, 1927, oct. 28, vol. 97, N° 28.
- HERMANS (E.-H.). — Lymphogranulomatoses inguinale. *Beihfte z. Arch. f. Schiffs u. Trop. Hyg.*, 1929, vol. 33, n° 3, pp. 214-218.
- KOFFEL (Alice). — Lymphogranuloma inguinale mit akuten rheumatischen Erscheinungen. *Klin. Woch.*, 1927, déc. 24, vol. 6, N° 52, pp. 2469-2470.
- Lymphogranuloma inguinale und seine Beziehungen zum Syphilome ano-rectal. *Klin. Woch.* 1929, July 2, vol. 8, N° 27, p. 1263.
- LEVADITI, RAVAUT et M^{lle} SHÖEN. — Présence du virus de la maladie de Nicolas et Favre dans les ganglions lymphatiques des singes réceptifs. *C. R. Soc. Biologie* 1932, Avril 15, vol. 109, N° 12, pp. 1099-1101.
- Nouvelles données sur la maladie de Nicolas et Favre expérimentale du singe et de la souris blanche. *C. R. Soc. Biologie*, 1932, avril 22, vol. 109, N° 13, pp. 1176-1179.
- Propriétés virulicides du sérum des sujets atteints de Lymphogranulomatose inguinale bénigne (maladie de Nicolas et Favre). Utilisation de la souris comme animal test. *C. R. Soc. Biologie*, 1932, avril 29, vol. 109, N° 14, pp. 1267-1269.
- Etude étiologique et Pathogénique de la maladie de Nicolas et Favre. *Annales de l'Institut Pasteur*, Janvier 1932, p. 27.
- MEYER (Kurt) et ANDERS (H.-E.). — Versuche zur Züchtung des Lymphogranuloma inguinale-virus. *Klin. Woch.*, 1932, Feb. 20, vol. 11, N° 8, pp. 318-321.
- NICOLAS, DURAND et FAVRE. — Sur une variété d'adénite inguinale subaiguë à foyers purulents intra-ganglionnaires,

non chancrelleuses, non tuberculeuses, d'origine génitale probable, peut-être vénérienne, lymphogranulomatose localisée et suppurée de l'aîne. *Internat. Cong. Med.* 1913, Lond. 1914, Sec. XIII, Dermat. et Syphilis.

PHYLACTOS. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux (ulcère vénérien adénogène). Ses rapports avec le Bubon climatique. *Thèse de Lyon*, 15 mai 1922.

RAVAUT, BOULIN et RABEAU. — Variété de poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique dans ses rapports avec la maladie de Nicolas et Favre. *Presse Médicale*, n° 42; 27 mai 1922, pp. 453. *Annales de Derm. et de Syph.*, 5, 1924, p. 463.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	11
<i>Première Partie :</i>	
Histoire du Bubon Climatique.....	15
<i>Deuxième Partie :</i>	
Etude Pathologique du Bubon Climatique	19
Chapitre I.— Symptomatologie du Bubon Climatique ..	23
Chapitre II.— Anatomie Pathologique du Bubon Cli- matique	33
Chapitre III.— Pathogénie du Bubon Climatique.....	39
<i>Troisième Partie :</i>	
Bubon Climatique et Lymphogranulomatose Inguinale Bénigne	45
Chapitre I.— Y a-t-il eu dans les Bubons Climatiques des Adénopathies différant par leur nature de la Lymphogranulomatose Inguinale Bénigne?	49
Chapitre II.— Comparaison entre le Bubon Climatique pro- prement dit et la Lymphogranulomatose Inguinale Bénigne	55
Conclusions	65
Bibliographie	67

